Ueber einen seltenen Fall

von

multiloculärem Fibro-Myxo-Kystom

der Bauchhöhle bei einem 15jährigen Mädchen.

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der gesammten Medizin

unter dem Präsidium des

Herrn Professor Dr. Bollinger,

Direktor des pathologischen Institutes

der

hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Hans Burger

appr. Arzt aus Augsburg.

München 1887.

K. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei Dr. C. Wolf & Sohn.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548316_0126

Ueber einen seltenen Fall

von

multiloculärem Fibro-Myxo-Kystom

der Bauchhöhle bei einem 15jährigen Mädchen.

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der gesammten Medizin

unter dem Präsidium des

Herrn Professor Dr. Bollinger,

Direktor des pathologischen Institutes

der

hohen medizinischen Fakultät

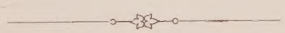
der

Kgl. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Hans Burger

appr. Arzt aus Augsburg.



München 1887.

K. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei Dr. C. Wolf & Sohn.

Ueber einen seltenen Fall

von

multiloculärem Fibro-Myxo-Kystom

der Bauchhöhle bei einem 10jährigen Mädchen

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der gesammten Medicin

unter dem Präsidium des

Herrn Professor Dr. Hollinger,

Director der pathologischen Anstalte

der

hohen medicinischen Fakultät

der

Kgl. Ludwig Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Hans Burger

appr. Arzt aus Augsburg.

München 1887.

K. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei Dr. C. Wolf & Sohn

Meiner lieben Mutter

gewidmet.

Meiner lieben Mutter

gewidmet

Der nachstehend zu schildernde Fall, zu dessen Bearbeitung ich durch Herrn Professor Dr. Bollinger veranlasst wurde, kam in Reichenhall durch den prakt. Arzt, Herrn Dr. Harl, zur Beobachtung. Ebendaselbst wurde auch die Sektion vorgenommen und das Resultat derselben nebst einem Theil der Geschwulst an das pathologische Institut zu München eingesandt. Eine kurze Krankengeschichte schien mir zur besseren Beurtheilung des Falles nothwendig, wesshalb ich sie nun in den Hauptzügen folgen lassen will, wie dieselbe mir durch die Güte des Herrn Dr. Harl zur Verfügung gestellt wurde.

Bei der ersten Untersuchung eines zwölfjährigen Mädchens am 24. Dezember 1884, zeigte dieselbe eine rechtsseitige circumscripte Peritonitis; zugleich konnte das Vorhandensein eines circa kindskopfgrossen Tumors constatirt werden, im Bereich dessen deutliche Fluctuation nachzuweisen war. Trotz baldigen Ablaufens dieser Peritonitis ergab die wiederholte Untersuchung das Fortbestehen des bereits anfangs gefühlten Tumors, und es wurde desshalb die Diagnose auf ein Kystom des Ovariums gestellt. Im April 1885 erkrankte Patientin abermals an einer circumscripten Peritonitis. Die vorgenommene Untersuchung ergab ein bedeutendes Wachsthum der Geschwulst, so dass sie wohl bereits die Grösse eines Manneskopfes erreicht haben mochte. Von hier ab konnte ein stetiges Ausbreiten und Wachsen nachgewiesen werden in Verbindung mit wiederholten peritonitischen Reizerscheinungen.

Bei der Punktion, die neun Mal an der Patientin ausgeführt wurde, entleerte sich stets dieselbe gelatinöse Flüssigkeit. Aber fast regelmässig musste dieselbe unterbrochen werden, da sich ein von oben herabsteigender Tumor festerer Consistenz vor die Canüle legte und so den Abfluss hinderte. Im Oktober 1886 nun, als der Leib wieder eine sehr ansehnliche Grösse erreicht hatte, stellten sich plötzlich profuse Diarrhöen mit reichlichem Abgang des Cysteninhalts ein, die sich noch einige Male wiederholten. So ging von nun an die Zeit abwechselnd mit peritonitischen Reizerscheinungen und dazwischen wieder relativem Wohlbefinden vorüber, bis Patientin im Alter von 15 Jahren im März 1887 an allgemeiner Erschöpfung ihrem Leiden erlag. Zu bemerken ist noch, dass der Vater des Kindes an Magencarcinom starb, während die Mutter lebt und gesund ist. Das Mädchen selbst war niemals menstruirt.

Bei der 24 Stunden post mortem vorgenommenen Sektion ergab sich folgender Befund:

Die Geschwulst war mit keinem anderen Organ direkt verbunden, sondern nur nach allen Seiten hin mit dem Peritoneum durch leicht lösliche Bindegewebsstränge verwachsen. Der feste Theil des Tumors lag grösstentheils unter den Rippen der rechten Seite und zwar reichte er hier bis in die Gegend der dritten Rippe hinauf, während links das Zwerchfell in der Höhe der vierten Rippe stand. Mit der Leber war er ebenfalls nur durch lockeres Bindegewebe verbunden. Nach unten war das ganze Abdomen hauptsächlich durch zwei sehr grosse Cysten mit gelatinösem Inhalt ausgefüllt, welche mit dem festeren Theil der Geschwulst in unmittelbarem Zusammenhang standen. Diese beiden Cysten mögen mindestens 15—18 Liter Flüssigkeit enthalten haben. Sämmtliche Organe waren atrophisch; doch auch die beiden Ovarien

ohne weitere Veränderung vorhanden. Ein bestimmter Ausgangspunkt der Neubildung konnte nicht aufgefunden werden.

Die Geschwulst* selbst, von der ein ungefähr mannskopfgrosses Stück zur Untersuchung eingesandt wurde, zeigt eine unregelmässige kugelige Gestalt mit zahlreichen kleineren und grösseren Höckern und Hohlräumen versehen. Besonders in die Augen fallend sind drei bis vier grössere 1—2 Liter enthaltende Säcke; von einem solchen Sack führt ein Kanal, der für eine grössere Sonde durchgängig ist, in einen grossen 12—15 Liter enthaltenden Hohlraum, der mit den beiden oben erwähnten Cysten hauptsächlich den Unterleib ausfüllte. An der Hauptcyste und den grösseren Cysten bilden die kleineren secundäre Tumoren, welche an und in den Wandungen der grossen Hohlräume festsitzen. Diese in den Wandungen der grösseren Cysten entspringenden Geschwulstbildungen sind theils einzelne Cysten von Apfel- bis Faustgrösse, theils Cystenconglomerate, die neben zahllosen kleinen und kleinsten Hohlräumen auch solche bis zu Wallnussgrösse enthalten.

Der Inhalt der einzelnen Cysten ist, soweit sich dies bei einem bereits in Spiritus längere Zeit aufbewahrten Präparat constatiren lässt, ein verschiedener. Während bei den grösseren das Fluidum, wenn auch schon ziemlich zähschleimig und dick, doch noch durch einen grösseren Troicart abzufliessen im Stande ist, befindet sich in den kleineren eine eingedickte, gallert- und geléeartige Masse, die zum Theil so zähe ist, dass man sie nur schwer von den Alveolen befreien kann. Ebenso haben die Wandungen der einzelnen Cysten eine verschiedene Dicke. Die äussere Wand des ganzen Tumors, welche zum grossen Theil mit der Wandung der Hauptcysten zusammenfällt, ist die dickste und festeste. Die Farbe ist

* Einlaufjournal des pathol. Instituts Nr. 102, 1887.

gelblich weiss und darin lassen sich manchmal kleine Gefässe erkennen. Mit einiger Kraft kann man dieselbe in zwei Lamellen zerlegen, doch zeigt auch sie an einzelnen Stellen wesentliche Verdünnungen. Ausserdem ist die äussere Wandung mit zahlreichen bindegewebigen Adhäsionen versehen, wodurch der Tumor mit dem Peritoneum verwachsen war.

Wenn nicht in dem Sectionsbericht mit aller Bestimmtheit behauptet würde, dass beide Ovarien ohne weitere Veränderung vorhanden gewesen wären, so würde man mit ziemlicher Sicherheit die Diagnose auf Adenkystoma, und zwar multiloculäres, der Ovarien stellen können, da der makroscopische Bau des Tumors vollständig mit dem der eben erwähnten Geschwulst übereinstimmt. Es könnte ja möglich sein, dass bei einer rasch vorgenommenen Sektion ein Irrthum unterlief und irgend ein Gebilde für ein Ovarium angesehen wurde, wo in der That keines mehr vorhanden war, und so trotzdem die Diagnose eines Ovarialkystoms richtig sein. Freilich kommen dabei noch andere Eventualitäten in Betracht, wie die, dass der Stiel der Geschwulst, der sehr dünn und ausgezogen war, bei der Section übersehen wurde und die Neubildung von irgend einem andern Beckenorgan ausgeht. Dass der Tumor in der That nicht ein Ovarium zum Ursprung hat, sondern dass er bindegewebigen Charakter trägt, ergibt das in den nachfolgenden Zeilen niedergelegte Resultat der mikroscopischen Untersuchung:

Die in Alkohol gehärteten und mit Carmin gefärbten Schnitte zeigen unter dem Mikroscop stark gequollene und mit Schleim infiltrirte Faserzüge, in welche dann und wann runde Kernzellen eingelagert sind, die in Wucherung zu sein scheinen. Andere Stellen repräsentiren sich als derbe fibröse Gewebspartieen, welche schon beim Schneiden grösseren Widerstand

leisteten und ein glänzendes, sehnenartiges Aussehen hatten; in einzelnen Partien war auch eine vorgeschrittene Fettmetamorphose wahrzunehmen. Doch zeigte sich nirgends auf der Innenwand der gallerthaltigen Hohlräume eine Spur von Epithelzellen.

Nach diesem Befund zu urtheilen, hat man es im vorliegenden Falle offenbar mit einer Bindegewebsgeschwulst zu thun und zwar möchte ich diese Form als Fibro Myxo-Kystom bezeichnen, da die Gewebsfibrillen selbst noch nicht aufgelöst und durch schleimige Massen ersetzt sind, während andererseits für ein reines Fibrom die Grundsubstanz durch Aufnahme von schleimiger Flüssigkeit doch zu sehr gequollen und durchscheinend ist.

Nachdem nun auch durch die mikroscopische Untersuchung dargethan ist, dass die Geschwulst nicht von einem der Ovarien ausgegangen ist, entsteht die weitere Frage, welches Organ oder Gebilde als Ausgangspunkt der Neubildung anzusehen sein dürfte. Ebenso wie die Ovarien ist zunächst auch der Uterus auszuschliessen, während Cysten des ligamentum latum oder Parovariums in der Regel einfache Höhlungen und dünnes, klares, farbloses Fluidum aufweisen, wobei auch noch gewöhnlich flimmerndes Epithel gefunden wird. Es erübrigt schliesslich nur noch den Tumor als vom Peritoneum, Netz oder Mesenterium*) ausgehend zu betrachten, da Echinococcus der Bauchhöhle ebenfalls durch den mikroscopischen Befund ausgeschlossen ist. Welches von diesen zuletzt angegebenen Gebilden allerdings den Ursprung abgegeben hat, das zu sagen ist sehr schwer, wenn nicht geradezu unmöglich.

*) Vergl. den neuesten Artikel von Hahn über Mesenterialcysten (Berl. Klin. Wochenschr. 1887 Nr. 23). Derselbe konnte jedoch, da vorliegende Arbeit sich bereits im Druck befand, nicht mehr berücksichtigt werden. Darnach ist es sehr wahrscheinlich, dass man es auch hier mit einer vom Mesenterium ausgehenden Neubildung zu thun hat.

da weder das Sektionsprotokoll noch die übrige Untersuchung einen Anhaltspunkt bietet.

Im Nachfolgenden werde ich versuchen die in der Litteratur vorgefundenen einschlägigen Fälle kurz aufzuführen. Leider sind gerade diejenigen, die mit dem vorliegenden am meisten Aehnlichkeit zu haben scheinen, am wenigsten ausführlich behandelt.

1) In Virchows Archiv B. 36 pag. 591 wird von F. Ritter (Göttingen) folgender Fall mitgetheilt: „Es handelte sich um einen 56jährigen Fuhrmann, welcher schon längere Zeit an einem mässig aufgetriebenem Bauche litt. Als jedoch der Umfang immer mehr zunahm und dabei häufig Erbrechen eintrat, begab er sich in Behandlung, wo er trotz sorgfältigster Pflege bald seinem Leiden erlag. Bei der Sektion fand man das Zwerchfell sehr in die Höhe getrieben. An der vorderen Bauchwand fand sich ein grosser etwa 1 Fuss im sagittalen Durchmesser haltender Sack, welcher den übrigen Inhalt des Bauches vollkommen verdeckte. Bei seiner Eröffnung stromte eine grosse Menge übelriechender Luft und grauröthlicher trüber Flüssigkeit aus. Die vordere Wand der Cyste hatte eine Dicke von 1—1½ cm., bestand hauptsächlich aus straffem, derbem, glänzendem Bindegewebe und war vielfach mit dem Peritoneum fest verwachsen. Sämmtliche Bauch- und Beckeneingeweide waren nach hinten und oben gedrängt und durch alte narbige straffe Adhäsionen mit der hinteren Wand des Hohlraumes verschmolzen. Auch die Leber war durch Bindegewebsstränge mit der Cyste verbunden. Das Lumen des den grössten Theil der Geschwulst bildenden Hohlraumes war ausser mit den bei der Eröffnung entleerten gasformigen und flüssigen Theilen ausgefüllt durch grosse Mengen von gallertartigen, farblosen bis leicht braunen, theils durchsichtigen

theils leicht opaken Massen, welche nur an der oberen Wand in einem grösseren selbstständigen Klumpen frei in das Lumen hineinragten und grösstentheils in kleineren Knöpfen der inneren Oberfläche der Cyste anhafteten; endlich waren dieselben Massen noch in die Substanz der Cystenwandung in cystoiden Räumen eingelagert und quollen beim Durchschnitt halbkugelig über das umgebende Bindegewebe empor. Die Consistenz war etwa die halbflüssigen Leimes. Meist lagen diese kleineren Hohlräume sehr dicht zusammen, so dass man an Durchschnitten eine alveoläre Anordnung des stützenden Bindegewebes sah. Die mikroscopische Untersuchung der die Hohlräume umgebenden Wandungen zeigte kaum Differenzen von gewohnlichen glänzenden, wellenförmigen Bindegewebszügen; indem die einzelnen Stränge die Hohlräume bogenförmig einschlossen, schienen sie einfach auseinandergedrängt zu sein.

Obgleich nun für eben erwähnten Fall die Bezeichnung Myxoma cystoides gewählt ist, so ist es doch sehr wahrscheinlich, dass er mit dem Eingangs von mir beschriebenen identisch ist, da die einzelnen Details mit ganz geringen Ausnahmen vollständig übereinstimmen.

2) Einen anderen Fall erwähnt Ziegler in seinem Lehrbuch der speziellen pathologischen Anatomie, der auf v. Säxingers Klinik in Tübingen operirt wurde. Es wurde dabei eine aus zahllosen äusserst dünnwandigen mit seröser Flüssigkeit gefüllten Cysten zusammengesetzte Cystenmasse exstirpirt, welche ihrem Baue nach einer ungeheuren Blasenmole ähnlich sah. Die Cysten hafteten an verschiedenen Stellen des Bauchfelles, namentlich an den Darmschlingen und dem Mesenterium und sassen zum Theil auf dünnen Stielen. Die Ovarien waren intakt und auch ein Zusammenhang mit dem Parovarium nicht nachweisbar.

3) Im Centralblatt für Gynäkologie 1885 wird pag. 490

ein Tumor angeführt, der bei einer 34jährigen Frau langsam gewachsen war. Wegen der auftretenden Schmerzen wurde die Laparatomie gemacht. Dabei fanden sich handtellerbreite Adhäsionen mit der vorderen Bauchwand in der Gegend des Nabels. Die Geschwulst lag im durchlöcherten grossen Netz eingehüllt; das letztere war unten und hinten zu einem dicken Strange gedreht, welcher einer colossalen Nabelschnur täuschend ähnlich sah, und welcher in seiner ganzen Länge mit der Geschwulst genau verwachsen war. Der Inhalt der Neubildung war gallertartig; nach Losung zahlreicher Adhäsionen mit dem Quer-Colon, mit mehreren Dünndarmschlingen und mit dem peritoneum parietale der crist. ilei dext entlang wurde die Geschwulst entfernt. Es fand sich keine Verbindung mit der Gebärmutter oder den Eierstöcken, die sich normal anfühlten, überhaupt war kein Ausgangspunkt zu finden. Der Bau war wie der multiloculärer Eierstockkystome. Eine nähere Beschreibung oder mikroscopische Untersuchung fehlt.

4) Ein sehr ähnlicher Fall findet sich referirt in Virchow und Hirsch, Jahresbericht 1867, pag. 278. Hier ist es ein zweijähriges Mädchen, das nach Aussage der Mutter bereits mit einem dicken Leibe zur Welt gekommen ist, aber sich sonst gesund befand. Nach der Geburt nahm der Leib an Umfang rasch zu, so dass er sehr bald eine Circumferenz von 73 cm hatte. Eine Geschwulst konnte bei der genauern Untersuchung nicht nachgewiesen werden. Bei der ersten Punktion, die vorgenommen wurde, entleerten sich 550 cbcm Flüssigkeit, die Albumin und Leucin, sowie Spuren von Tyrosin enthielt; darnach wurden noch 3 Punktionen ausgeführt und dabei 220, 520 und 330 cbcm der gleichen Flüssigkeit, die jedoch beim letzten Male etwas dunkler gefarbt war, entleert. Als später die Exstirpation der Cyste, denn auf eine solche wurde inzwischen die Diagnose gestellt, versucht wurde,

konnte nur ein Theil derselben entfernt werden. Die Cystenwandung zeigte sich als mässig gefässreich, die Aussenfläche war höckerig, die Innenfläche rauh und in Granulationen begriffen. Der Durchschnitt zeigte ein dichtes sulziges Gewebe von weissbläulicher Farbe ohne irgend welche erkennbare Struktur. Bald nach der Operation trat der Tod ein. Bei der Sektion hatte der noch vorhandene Theil der Cyste fast die Grösse eines halben Kindskopfes und war annähernd rund. Die eigentliche Ursprungsstelle war wegen der ausgedehnten Verwachsungen mit den Nachbarorganen nicht nachzuweisen. Die meiste Wahrscheinlichkeit sprach dafür, dass die Neubildung eine Netzcyste war, doch fehlt auch hier eine eingehendere Beschreibung.

5) Zum Schlusse möchte ich noch eines Falles Erwähnung thun, s. Virchow Archiv B 46, pag. 497) der, wenn er gleich als Lymphangioma cavernosum cysticum bezeichnet ist, doch so viel Aehnlichkeit mit dem vorliegenden hat, dass es gerechtfertigt erscheint, ihn an dieser Stelle anzuführen. Bei einem Knaben wurde eine angeborene Geschwulst von der Grösse eines Taubeneies constatirt, die sich nach und nach immer mehr entwickelte. Mit 1 Jahr 5 Monat war dieselbe bereits kindskopfgross und als Cyste durchzufühlen. Es wurde deshalb punktirt, wobei sich aber nur 10—20 Tropfen einer serösen Flüssigkeit entleerten. Viele Versuche auf die Geschwulst resorbirend einzuwirken scheiterten, und so entschloss man sich zur Operation, an deren Folgen das Kind starb. Die Geschwulst dokumentirte sich makroscopisch als ein Conglomerat von grösseren und kleineren cystösen Räumen mit dazwischen gelagertem Fett und Bindegewebe. Die mikroscopische Untersuchung ergab ein etwa zolldickes Fett- und Bindegewebspolster, wobei sich jedoch die Fettträubchen als wenig entwickelt repräsentirten, während das interstitielle

Bindegewebe mehr hervortrat und stellenweise ziemlich feste, jedoch immer noch elastische und nachgiebige Massen bildete. Zuweilen sah man an Stelle der Fettträubchen einzelne meist erbsen- und wallnussgrosse Cysten mit dünnen Wandungen in den Bindegewebsmaschen liegen, die auf leichten Druck stark hervortraten. Die Cyste selbst zeigte sich bei der Entleerung aus mehreren unter einander communicirenden Fächern zusammengesetzt. Ihre Wandung bestand nur aus fibrillärem Bindegewebe. Fast ein gleicher Fall findet sich in demselben Archiv B. 64 pag. 145.

Damit ist das Material erschöpft, das mir in der Litteratur, die eine ziemlich umfangreiche war, zur Verfügung stand. Konnten darin nur so wenig Fälle gefunden werden, die mit dem von mir beschriebenen unter eine Rubrik zu bringen sind, so erhellt daraus, dass das Vorkommen derartiger Tumoren eine grosse Seltenheit ist, und es würde für mich eine Genugthuung sein, wenn ich durch Veröffentlichung dieses Falles einen kleinen Beitrag zur Kenntniss der Geschwulste geleistet haben sollte.

Es sei mir noch gestattet, an dieser Stelle meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Dr. Bollinger, für seinen Beistand, den er mir bei Bearbeitung vorliegenden Falles mit Rath und That reichlich angedeihen liess, sowie Hrn Dr. Harl in Reichenhall, der mir in der liebenswürdigsten Weise das Material hiezu zur Verfügung stellte, meinen herzlichsten Dank auszusprechen.